



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

VÅRD AV DEPRESSION HOS ÄLDRE

En populationsstudie från H70-studien i Göteborg

Kerstin Brandt

Examensarbete: 15 hp
Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård
Nivå: Avancerad nivå
Termin/år: VT/HT 2019
Handledare: Lena Johansson
Examinator: Anna Dencker

Titel svensk:	Vård av depression hos äldre
Titel engelsk:	Care for depression in the elderly
Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/HT 2019
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Anna Dencker

Sammanfattning

Bakgrund: Depression är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna hos äldre och innebär ett stort lidande för den drabbade. Det är oklart hur stor del av 70-åringar med depression som får adekvat vård och behandling. Psykiatrisjuksköterskan har en viktig roll i att uppmärksamma äldre med depression och att ge adekvat vård och behandling. **Syfte:** Beskriva vård och behandling av depression hos 70-åringar. **Metod:** Studien baseras på material från H70-studien som genomfördes mellan 2014-2016 i Göteborg med omnejd. Det var 1195 personer som deltog i studien och alla var födda 1944. I undersökningarna ingick intervjuer där deltagarna tillfrågades om depression, vård och behandling. De tillfrågades om sina besök hos läkare, sjuksköterska och annan vårdpersonal senaste året. **Resultat:** Resultatet visade att 107 personer (9 %) uppfyllde kriterierna för egentlig depression, varav 34 (32 %) av dessa behandlades med antidepressiva läkemedel. Antidepressiv behandling användes även av 88 (8 %) personer som inte uppfyllde kriterierna för depression. Av de med depression, eller antidepressiv behandling, hade endast 5 personer pågående samtalskontakt vid undersökningstillfället. Personer med depression hade fler läkarbesök än de utan depression. **Slutsats:** Depression hos äldre är vanligt förekommande. Läkemedelsbehandling är vanligt men många gånger otillräckligt och en stor andel som medicineras med antidepressiva läkemedel har inte fått någon uppföljning senaste året. Ytterst få äldre hade fått samtalsbehandling, trots att detta rekommenderas och få har senaste året haft kontakt med specialistpsykiatri. Som sjukvårdspersonal måste vi bli bättre på att uppmärksamma och våga ställa frågor om psykisk ohälsa, även om äldre söker vård för somatiska besvär. Den äldre kan få en större tilltro till vården och bättre följsamhet till behandling om information och utbildning gällande depression ges.

Nyckelord: Äldre, depression, H70-studien, psykisk ohälsa, samtal, vård och behandling, lidande, psykiatrisjuksköterska

Abstract

Background: Depression is one of the most common psychiatric diagnoses in the elderly and causes a great deal of suffering for the affected person. It is unclear how many of the 70-year-olds that receive adequate care and treatment. The psychiatric nurse plays an important role in alerting the elderly to depression and providing adequate care and treatment. **Aim:** Describe the care and treatment of depression in 70-year-olds. **Method:** The study is based on material from the H70-study conducted between 2014-2016 in Gothenburg and its environs. There were 1195 people who participated in the study and all were born in 1944. The surveys included interviews in which the participants were asked about depression, care and treatment. They were asked about their visits to doctors, nurses and other healthcare professionals last year. **Results:** The results showed that 107 (9 %) people met the criteria for actual depression, of which 34 (32 %) were treated with antidepressants. Anti-depressant therapy was also used by 88 (8 %) people who did not meet the criteria for depression. Of those with depression, or antidepressant treatment, only 5 people had ongoing contact at the time of the study. People with depression had more doctor visits than those without depression. **Conclusion:** Depression in the elderly is common. Drug treatments is common, but many times insufficient, and a large number of medications with antidepressants have not received follow-up in the past year. Very few elderly people have received treatment with psychotherapy, although it is recommended, and just a few had contact with specialist psychiatry in the past year. As a healthcare professional, we need to become better at paying attention and daring to ask questions about mental ill-health, even if the elderly is seeking care for somatic disorders. The elderly can gain greater confidence in the care and better adherence to treatment if information and education about depression are given. **Keywords:** Elderly, depression, H70-study, mental illness, conversation, care and treatment, suffering, psychiatric nurse

Förord

Vi vill tacka Lena Johansson för hennes kunskap, stöd och tålamod som har varit till stor hjälp för oss. Vi har kunnat ställa frågor, diskuterat och kommit fram till bra lösningar tillsammans. Och ett tack till Ingmar Skoog för att vi har fått ta del av material från H70-studien och tack till Valter som hjälpte oss att få fram alla variabler till vårt arbete.

Vi vill tacka våra familjer som stått ut med oss när vi haft mindre bra stunder och känt att vi inte orkar mer, för allt stöd, pepp och uppmuntran vi har fått.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Depression hos äldre.....	1
Riskfaktorer för depression hos äldre	2
Konsekvenser av depression	3
Vård och behandling av depression.....	4
Vårdkontakter.....	5
Psykiatrisk omvårdnad och specialistsjuksköterskans kompetensområde	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Frågeställningar	7
Metod	7
Deltagare.....	7
Datainsamling	8
Bedömning av depression	9
Vård och behandling av depression	9
Kontakter med vården.....	9
Beskrivning av bakgrundsvariabler	9
Etik	10
Statistiska analyser.....	10
Resultat.....	10
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Referenslista.	17
Bilagor	

Inledning

Vi utbildar oss till specialistsjuksköterskor i psykiatrisk omvårdnad och ser att vård och behandling av äldre med depression är ett viktigt område som inte uppmärksammas tillräckligt. Det behövs fler studier som fokuserar på hur vi bättre uppmärksammar äldre med depression i vården och att effektiviteten av olika behandlingsalternativ följs upp. Vi har därför valt att studera hur vård och behandling av 70-åringar med depression ser ut, med information från H70-studien i Göteborg. Den psykiatriska specialistsjuksköterskan har en viktig roll för att uppmärksamma äldre med depression och att ge adekvat vård och behandling. Vi vill även undersöka om äldre med depression har fått annan behandling än farmakologisk, med anledning av att många äldre inte blir hjälpta av enbart läkemedelsbehandling. I de nationella riktlinjerna är samtalsbehandling förstahandsvalet vid behandling av mild till måttlig depression (Socialstyrelsen, 2017) och där kan psykiatrisjuksköterskan ha en framtida viktig roll.

Bakgrund

Depression hos äldre

Psykisk ohälsa drabbar många äldre (Socialstyrelsen, 2018) och en av de vanligaste diagnoserna är depression (Karlsson et al., 2016; Kok & Reynolds, 2017; Leyhe et al., 2017; Skoog, 2011, Volkert, Schulz, Härter, Wlodarczyk & Andreas, 2013). Åldrandet kan många gånger innebära en rad negativa förändringar i livet, så som exempelvis sjukdom, ensamhet, nedsatt fysisk funktion och dödsfall bland vänner och anhöriga. Åldrandet medför biologiska förändringar i hjärnan som kan bidra till depressionssjukdomar (Socialstyrelsen, 2018).

Depression är en allvarlig sjukdom som kan innebära ett stort lidande för den som drabbas. Det sänkta stämningsläget gör det svårt att känna glädje och saker som tidigare var lustfyllda känns inte roliga längre. Det kan infinna sig en allmän hopplöshetskänsla. Vid svåra depressioner är det inte ovanligt med känslor av livsleda (Socialstyrelsen, 2018) och det kan finnas en betydande risk för suicid (Fässberg et al., 2012; Crestani, Masotti, Corradi, Schirippa & Cecchi, 2019; Waern, Rubenowitz & Wilhelmson, 2003).

Depression är en av de vanligaste psykiska sjukdomarna hos äldre personer (Rydberg et al., 2019; Volkert et al., 2013; Karlsson et al., 2016; Kok & Raymond et al., 2017; Leyhe et al., 2017; Skoog, 2011). Prevalensen för depression hos äldre varierar internationellt mellan olika studier; från 1- 16% för svår depression och 2-19% för mild-måttlig depression (Sjöberg, Karlsson, Atti, Skoog, Fratiglioni & Wang, 2017). I en svensk populationsbaserad studie var prevalensen för depression hos personer över 60 år 6 % (svår depression 1 %, mild till måttlig depression 5 %) (Karlsson et al., 2016).

Depressioner ökar med stigande ålder, framförallt milda depressioner och insjuknande i förstagångsdepressioner, d.v.s. där personen inte varit sjuk tidigare i livet (Sigström, Waern, Gudmundsson, Skoog & Östling, 2018). I och med att den äldre befolkningen ökar, förväntas även depressioner öka (SBU 2015). Depression utvecklas ofta under en lång tid och kan vara svår både för personen själv och omgivningen att uppmärksamma. Symtomen vid depression hos äldre är generellt samma som hos yngre, men kan vara mer diffusa, och de affektiva symtomen är vanligtvis inte lika framträdande (Socialstyrelsen, 2018; Kok & Reynolds, 2017; SBU, 2015; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Vanliga symtom hos äldre är ångest, oro, irritation, psykomotorisk oro, rastlöshet och akatesi. Det är även vanligt med trötthet, aptitlöshet, huvudvärk, sömnproblem, viktnedgång och hypokondri (Crestani et al., 2019). Vanligt är att depression hos äldre ger kognitiva nedsättningar. De exekutiva funktionerna är ofta nedsatta såsom arbetsminne, processhastighet och uppmärksamhet (Leyhe et al., 2017). Vid svår depression är det vanligt med psykotiska upplevelser och livsleda (Socialstyrelsen, 2013). Det finns en hög samsjuklighet mellan ångest och depressiva symtom hos äldre (Beekman, de Beurs, van Balkom, Deeg, van Dyck & van Tilburg, 2000).

Tidigare studier visar att depression hos äldre är underdiagnostiserat (Holmqvist, Mattsson, Schele, Nordström & Nordström 2017, Karlsson et al., 2016; Kok & Reynolds, 2017; Djukanovic, Sorjonen & Peterson, 2014). En orsak kan vara att diagnostiseringen i vissa fall är mer komplicerad eftersom många äldre har samsjuklighet med somatiska sjukdomar och kognitiv dysfunktion. Symtomen hos äldre kan även visa sig på ett annat sätt än hos yngre (Kok & Raymond, 2017; SBU, 2015). Ytterligare en anledning kan vara att äldre inte söker vård på grund av nedstämdhet, utan för problem som trötthet, viktnedgång, smärta, minnesproblem, och andra diffusa besvär. De kan ha svårigheter med aktiviteter i dagliga livet eller ett ökat eller nyttillkommet intag av alkohol eller mediciner. Många gånger uppfattar inte patienten att detta är symtom på depression (Kok & Reynolds, 2017; Socialstyrelsen, 2018). Det är viktigt att bedöma de kognitiva symtomen för att kunna skilja depression från demens eller kardiovaskulära sjukdomar (Silfernagel et al., 2018).

Riskfaktorer för depression hos äldre

Riskfaktorerna för depression hos äldre är flera och vanligtvis en kombination av biologiska och psykosociala faktorer (Socialstyrelsen, 2013; Van Damme, Declercq, Lemey, Tandt & Petrovic, 2018).

Det finns flera biologiska riskfaktorer som är associerade med depression hos äldre, exempelvis hög ålder, kvinnligt kön (Sözeri-Varma, 2014) och en genetisk sårbarhet som gör vissa individer mer sårbara (Tsang, Mather, Sachdev & Reppermund, 2017). Det finns personlighetsdrag som ökar risken för depression. Neuroticism är det personlighetsdrag där det finns det tydligaste sambandet med depression (Duberstein, Pålsson, Waern & Skoog, 2008). Depressioner som kommer senare i livet är vanligt hos personer med en kronisk fysisk sjukdom men även vanligt vid akuta sjukdomstillstånd (Socialstyrelsen, 2013). Förutom

fysisk sjukdom är nedsatt funktion vanligt hos äldre. Detta kan leda till minskad autonomi, isolering, fysisk smärta, minskat socialt umgänge och utveckling av depression (Fässberg et al., 2016). Vissa läkemedel ökar risken för depression, exempelvis kortison och antipsykotiska läkemedel. Medicinering med många olika läkemedel ökar också risken (Socialstyrelsen, 2013).

Åldrandet innebär ofta många sociala förändringar och personens anpassningsförmåga har stor betydelse för den psykiska hälsan (Socialstyrelsen, 2013). Psykosociala faktorer som ensamhet, bristande socialt stöd och stressande livshändelser är riskfaktorer för depression (Prince, Harwood, Blizard, Thomas, & Mann, 1997). Sambandet mellan ensamhet och depressiva symtom är tydligast hos män (Djukanovic, Sorjonen & Peterson, 2014). Levnadsvanor har betydelse där rökning och alkohol ökar risken för depression (Weyerer et al., 2008). Det finns samband mellan fysisk aktivitet och depression, en nedsatt fysisk funktion leder många gånger till minskad aktivitet vilket påverkar den psykiska hälsan negativt. Rörlighet och styrka är faktorer som är betydelsefulla för det dagliga livet (Holmqvist et al., 2017). Ålders- och sjukdomsrelaterade förändringar som arterioskleros, kronisk inflammation, hormonella och immunologiska förändringar kan påverka delar i hjärnan och öka sårbarheten för depression (Sexton, Mackay & Ebmeier, 2013).

Neurodegenerativa sjukdomar och lindrig kognitiv störning (MCI) kan vara riskfaktorer för depression hos äldre (Van Damme et al., 2018). Demens och depression är de vanligast förekommande psykiatriska diagnoserna hos äldre personer och det finns en stark samsjuklighet dem emellan, d.v.s. det inte är ovanligt att syndromen förekommer samtidigt (Leyhe et al., 2017). Depression hos äldre ger ofta kognitiv nedsättning och depressionssymtom kan vara det första tecknet på demens (Leyhe et al., 2017). En gemensam patologi kan vara vaskulära förändringar i hjärnan (Leyhe et al., 2017). Hos personer med Alzheimers sjukdom, eller vaskulär demens, har uppemot 50 % depressiva symtom (Socialstyrelsen, 2013). Risken att utveckla demenssjukdom ökar om personen har haft depression tidigare i livet (Leyhe et al., 2017).

Konsekvenser av depression

Depression är en vanlig orsak till försämrad livskvalitet och ökad mortalitet (Djukanovic, Sorjonen & Peterson, 2014; Karlsson et al., 2016, Holmqvist et al., 2017). Både svår och mild till måttlig depression ökar risken för kroppslig sjukdom, såsom kranskärslsjukdom och stroke (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni & Jest, 2011). Det är därför viktigt att identifiera och behandla alla typer av depression hos äldre (Williams et al., 2000, Karlsson et al., 2016).

Både svår och mild till måttlig depression ökar risken för suicid (Meeks et al., 2011). Förekomsten av suicid är hög hos personer över 70 år (World Health Organization, 2014). Mest förekommande är suicid i gruppen 85-90 (Shah, Bhat, Zarate-Escudero, De Leo, & Erlangsen, 2015). Studier från USA visar att suicidförsök hos äldre oftare leder till

fullbordade suicid i jämförelse med hela populationen. (Drapeau & McIntosh, for the American Association of Suicidology, 2015). Äldre personer använder ofta mer dödliga metoder. Riskfaktorer som bidrar till ökad suicidrisk hos äldre är hög ålder, manligt kön, leva ensam, förlust (speciellt för män), psykisk sjukdom framförallt depression, alkoholmissbruk, tidigare suicidförsök, ängslig eller tvångsmässig personlighet, fysisk sjukdom och smärta (Cattell, 2000). Suicid är sällan en impulsiv handling hos äldre utan suicidprocessen pågår under en längre tid (Crestani et al., 2019). För att förhindra suicid är det viktigt att identifiera riskfaktorer, behandling av depression är en viktig preventiv åtgärd för att förhindra suicid (Fässberg et al., 2012; Crestani et al., 2019; Waern, Rubenowitz & Wilhelmson, 2003). Många personer som har tagit sitt liv har sökt vård veckor innan självmordet (Ahmedani et al., 2014). Under besöken har det ofta varit den fysiska hälsan som varit i centrum medan den psykiska ohälsan och suicidtankarna har förbisetts (Fässberg et al., 2016).

Psykisk ohälsa hos äldre medför en stor ekonomisk belastning för samhället. Då den äldre befolkningen förväntas öka innebär det stora utmaningar socioekonomiskt för samhället (WHO, 2011; Holmqvist et al., 2017). Mild till måttlig depression är en av de starkaste indikatorerna för svår depression i framtiden (Cuijpers & Smit, 2004).

Vård och behandling av depression

I Sverige vårdas personer med mild till måttlig depression vanligtvis inom primärvården (Karlsson et al., 2016). Ungefär 20 % av personerna med depression eller ångestproblematisering remitteras till specialistpsykiatri, och det är framförallt personer med svår depression eller komplicerad samsjuklighet (Socialstyrelsen, 2017). Personer över 65 år som lider av psykisk ohälsa möter i första hand äldreomsorgen eller primärvården (Socialstyrelsen, 2019). Antalet äldre som vårdas för psykiatriska diagnoser har ökat sedan år 2006. Antalet läkarbesök i den specialiserade psykiatriska öppenvården för äldre över 65 år har ökat sedan mätningar år 2006. År 2016 visar siffror att antalet läkarbesök var 2106 besök per 100 000 invånare för kvinnor och för män var siffran 1941 per 100 000 invånare. Andelen äldre som vårdats inlagda i den psykiatriska vården har minskat något under samma period (Socialstyrelsen, 2019). År 2015 infördes äldrepsykiatri som en egen specialitet (Svenskt demenscentrum, 2019).

Det finns evidens för att både antidepressiv medicinering och psykoterapi är effektivt vid behandling av depression hos äldre (Huang, Delucchi, Dunn & Nelson, 2015; Karlsson et al., 2016, Kok, Nolen & Heeren, 2012). Enligt de nationella riktlinjerna i Sverige är standardbehandlingen vid depression hos vuxna psykologisk behandling eller läkemedelsbehandling med antidepressiva. Vid svårare sjukdomstillstånd kan behandling med ECT användas. Valet av behandling utgår från svårighetsgraden på depressionen (Socialstyrelsen, 2017). Indikationerna för behandling av antidepressiva läkemedel hos äldre är samma som hos yngre, och antidepressiv läkemedelsbehandling är indicerad vid måttlig till svår egentlig depression (Nationella riktlinjer, 2017). Antidepressiva läkemedel kan minska risken för suicidalt beteende hos äldre (SBU, 2015, Waern, Rubenowitz & Wilhelmson,

2003). För patienter med mild till måttlig depression är samtalsbehandling den rekommenderade behandlingen (Socialstyrelsen, 2017).

Tidigare studier visar att depression hos äldre är underbehandlat (Holmqvist et al., 2017, Karlsson et al., 2016; Kok & Reynolds, 2017; Djukanovic, Sorjonen & Peterson, 2014), både vad gäller antidepressiv läkemedelsbehandling (Kok & Reynolds, 2017; Karlsson et al., 2016; Djukanovic, Sorjonen & Peterson, 2014) och psykoterapi (Karlsson et al., 2016; SBU 2015). Det inte är ovanligt att äldre får en för låg dos antidepressiva läkemedel eller blir behandlade under en alltför kort tid (Kok & Reynolds, 2017).

I en svensk populationsstudie med 3084 deltagare över 60 år, hade mindre än en tredjedel av de med depression behandling med antidepressiva läkemedel eller psykoterapibehandling. Nästan hälften av dem hade ångestlindrande eller sömnläkemedel. Studiens resultat visade att personer med depression som också rapporterade sömnproblem inte fick depressionsbehandling i samma utsträckning. Resultatet från studien visade att användandet av behandling med antidepressiva läkemedel ökade med stigande ålder (Karlsson et al., 2016).

I en studie från 2003 visade resultatet att av 1797 patienter med depression i primärvården fick 46 % behandling med antidepressiva läkemedel. Det var färre män än kvinnor som fick behandling för sin depression. Studien visade att 8 % av patienterna fick rådgivning eller psykoterapi, även om det var den behandling som de flesta patienter föredrog framför medicinering. Det var bara 1 % av patienterna som hade fått rådgivande samtal mer än 4 gånger (Unützer et al., 2003).

Vårdkontakter

Många äldre med depression har haft kontakt med vården utan att få diagnosen depression eller adekvat behandling (Djukanovic, Sorjonen & Peterson, 2014). Det har uppmärksammats att många äldre som har återkommande besök i primärvården inte blir remitterade till psykiatriker (Unützer, 2002).

I primärvård och kommunal sjukvård saknas oftast den psykiatriska kompetensen då det är få eller inga läkare eller sjuksköterskor med psykiatrisk vidareutbildning (Socialstyrelsen, 2019). Den vanligaste åtgärden i primärvården är läkemedelsbehandling och det saknas kompetens för att ge andra behandlingar. Primärvården fungerar oftast som första linjens vård. Patienterna träffar oftast sjuksköterskan mer frekvent än läkaren vilket innebär att sjuksköterskan har en betydande roll för att uppmärksamma äldre med depression (Socialstyrelsen, 2013c).

Psykiatrisk omvårdnad och specialistsjuksköterskans kompetensområde

Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård träffar äldre patienter med psykisk ohälsa både inom primärvården, i kommunens verksamheter och inom specialistpsykiatri. Även om det är vanligast att psykiatrisjuksköterskan arbetar i den psykiatriska specialistvården är det viktigt med psykiatrisk kompetens även inom kommun och primärvård (Socialstyrelsen, 2019). Grunden i specialistsjuksköterskans kompetens kommer från omvårdnadsvetenskap, vårdvetenskap, medicinsk vetenskap samt samhälls- och beteendevetenskap.

Sjuksköterskan har ett ansvar för att vården ges enligt evidensbaserade bedömningar och ska ha kompetens att upptäcka, bedöma om tillståndet är akut samt handlägga allt från lindriga depressiva tillstånd till svåra tillstånd med samsjuklighet. (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Sjuksköterskan i psykiatri arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014) och har en viktig roll i den psykiatriska vården och behandlingen eftersom hon/han har en nära kontakt och helhetssyn gentemot patienten (Holoday Worret, 2008). Detta innebär att lära känna patienten som person, arbeta för att stärka patienten, tillit och respekt och ge förståelig och tydlig information (Sharma, 2015). Forskning visar att interventioner som stärker patientens självbestämmande är mycket betydelsefullt för återhämtningen (Salberg, Folke, Ekselius & Öster, 2018). Grunden i det hälsofrämjande arbetet är egenmakt, psykoedukation och praktiskt stöd (Svedberg, Arvidsson, Svensson, & Hansson, 2008). Psykiatrisk omvårdnad hjälper till i återhämtningsprocessen (Salberg et al., 2018). Stödjande och terapeutiska samtal är viktigt för återhämtningen (Schröder, Ahlstrom & Larsson, 2006) och den terapeutiska alliansen är mycket betydelsefull och påverkar behandlingsresultatet (Cahill, Paley & Hardy, 2013).

En viktig del av vården är psykofarmakologin och sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller administrering, uppföljning av läkemedelsbehandlingen och att stötta patienten genom behandlingen. Det är viktigt att sjuksköterskan har god kunskap även om läkemedelsbehandlingar (Vårdförbundet, 2017).

Psykiatrisjuksköterskan har som uppgift att leda och planera omvårdnadsinsatser. Omvårdnaden sker tillsammans med patienten och sjuksköterskan som ofta samverkar med närstående och andra vårdgivare. (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Problemformulering

Åldrandet innebär ofta sociala och biologiska förändringar vilket bidrar till att äldre löper en högre risk för att drabbas av depression. Personer som lider av depression har svårt att känna glädje och lust i tillvaron vilket innebär ett stort lidande för den drabbade. Det är därför mycket betydelsefullt att depressionen uppmärksammas och att personen får adekvat vård och behandling.

Tidigare studier visar att depression hos äldre både är underdiagnostiserat och underbehandlat. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling av depression och ångest (Socialstyrelsen 2017) rekommenderas samtalsbehandling vid mild till måttlig depression men studier visar att få äldre får tillgång till det. Det är oklart hur den psykiatriska vården ser ut för äldre idag och om det ges tillgång till adekvat psykiatrisk kompetens vad gäller vård och behandling. Psykiatrisjuksköterskan har en viktig roll för att uppmärksamma depressioner hos äldre och sjuksköterskans psykiatriska omvårdnad är en viktig del vid vården.

Syfte

Beskriva hur vård och behandling ser ut för 70-åringar med depression.

Frågeställningar

- Uppmärksammas depression hos äldre?
- Vilken vård och behandling ges till äldre med depression?

Metod

Deltagare

Informationen i denna studie kommer från H70-studien i Göteborg. H70-studien har pågått sedan 1971 och är en populationsstudie som bland annat syftar till att öka förståelsen om åldrandet och dess betydelse hos befolkningen, framförallt psykisk ohälsa såsom affektiva och kognitiva sjukdomar. Den första kohorten som undersöktes var född 1901-1902 och därefter har sex ålderskohorter undersökts. Undersökningarna har under åren varit näst intill identiska för att kunna jämföras över tid.

Deltagarna i denna studie var födda 1944 och var 70 år vid undersökningstillfället.

Undersökningen var den största hittills sedan H70-studien startades och genomfördes mellan åren 2014-2016. För att delta i studien skulle deltagaren vara skriven i Göteborg med omnejd och ha födelsedatum 2, 5, 8, 10, 12, 15, 18, 20, 22, 25, 28 eller 30. Uppgifterna hämtades från

Skatteverket, deltagarna kontrollerades mot Västfolket som är ett befolkningsregister. Av de 1839 personer som bjöds in för att delta i studien var det 172 som inte deltog i studien p.g.a. att de flyttat från Göteborg innan studieundersökningarna började, att de inte kunde spåras, inte behärskade svenska språket eller avled innan studien påbörjades (Rydberg Sterner, T & Ahlner, F. et al 2019).

Inbjudan skickades med brev tillsammans med ett samtyckesformulär samt information om studien. Forskningspersonal ringde sedan upp deltagarna ungefär en vecka efter att brevet hade skickats ut för att fråga om de kunde tänka sig att delta. Totalt tre påminnelsebrev skickades ut om forskningspersonalen inte kunde få tag på deltagarna via telefon (Rydberg Sterner, T & Ahlner, F. et al 2019).

Den slutgiltiga svarsfrekvensen i studien var 72 % d.v.s. 1203 personer, varav 644 kvinnor och 559 män. Orsaker till att personer tackade nej till studien var bland annat rädsla, sjukdom eller skada, personen upplevde sig för frisk, för upptagen eller gick på regelbundna hälsokontroller. Gällande 33 personer var det anhöriga som tackade nej och 195 personer gav ingen anledning till varför de avböjde att delta. I vår studie inkluderas 1195 personer.

Datainsamling

Studien utfördes av H70-teamet som bestod av utbildad forskningspersonal. Deltagarna undersöktes under en heldag cirka 8 timmar med pauser, på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Neuropsykiatri. Några av deltagarna valde att dela upp undersökningen på två halvdagar alternativt att forskningspersonal besökte dem i hemmet. Deltagarna genomgick en mängd intervjuer och undersökningar. Deltagarna fick bland annat svara på frågor om psykisk och somatisk hälsa, socioekonomisk status och ärftlighet (Rydberg Sterner, T & Ahlner, F. et al 2019).

Under dagen undersöktes, förutom den psykiska hälsan, även somatisk hälsa genom en intervju där deltagarna fick svara på frågor gällande tidigare samt nuvarande sjukdomar med extra fokus på strokesymtom. Kroppslig undersökning utfördes där bland annat blodtryck, puls, body mass index (BMI), längd och vikt togs. Deltagarnas läkemedel registrerades med ATC-koder. Frågor om senaste läkarbesök och hur många besök hos läkare samt sjuksköterska och annan vårdpersonal senaste året ställdes. Detta kopplades senare ihop med slutenvårdsregistret där information fanns om inläggningar och kontakt med psykiatrisk öppenvård (Rydberg Sterner, T & Ahlner, F. et al 2019).

Anteckningar från psykiatrimformuläret som fanns i deltagarens forskningsjournal i arkivet, lästes igenom i syfte att ta reda på om deltagaren erhållit samtalskontakt. De journaler som lästes igenom var från de deltagare som uppfyllde kriterierna för depression enligt H70-studiens kriterier och de som medicinerade med antidepressiva läkemedel. Uppgifter gällande samtal där det var otydligt om personen har fått samtal har inte tagits med i resultatet.

Bedömning av depression

För bedömning av psykisk ohälsa användes ett semi-strukturerat psykiatriformulär som är uppbyggt enligt CPRS (Comprehensive Psychopathological Rating Scale), där bland annat MADRS (The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) och MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) ingår. Intervjun utfördes av forskningssjuksköterskor med psykiatrisk kompetens, men även i vissa fall av läkare och psykiatriker. Deltagarna fick frågor som kunde kopplas till symtom och tecken gällande psykiatriska diagnoser såsom depression och ångest. Deltagaren fick som start en öppen fråga om denne någon gång i livet har upplevt psykisk ohälsa eller nedstämdhet eller haft en psykisk sjukdom, det fortsatte med slutna frågor gällande bland annat tankar om död och suicid, stress, kognitiv förmåga, känsla av ensamhet. Bedömningen baserades så nära som möjligt utifrån kriterierna från DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), DSM-IV-TR (Text Revision) och DSM-IV. Deltagaren skattades på en skala mellan 0-6, där 0 var inga symtom och 6 svåra symtom. Skattningen baserades på deltagarens egna upplevelser och handlade om stämningsläge/grundstämning, känslomässigt engagemang, aptit, sömn, koncentration/initiativförmåga, uttrötthet, obeslutsamhet, depressivt tankeinnehåll och livsleda samt självmordstankar. I sista delen av psykiatriformuläret skattade intervjuaren själv deltagaren efter samtalet gällande grundstämning, koncentrationsförmåga, talflöde, motorisk aktivitet, motorisk rastlöshet och distraktion. För att en deltagare skulle uppfylla kriterierna i H70-studien för en mild till måttlig depression krävdes 1 huvudsymtom (självupplevt sänkt stämningsläge alternativt skattat av intervjuare eller självskattat minskat känslomässigt engagemang) samt 1-4 övriga symtom. För svår depression krävdes 1 huvudsymtom samt ≥ 5 övriga symtom.

Vård och behandling av depression

Deltagarna fick uppge vilka läkemedel de tog och vilken styrka (mg). Läkemedel som registrerades var de som var dagsaktuella. Läkemedlet registrerades enligt ATC-koden (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) i FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige). Läkemedlen som användes i denna studie hade registrerats enligt N0.

Kontakter med vården

Deltagarna tillfrågades om de hade besökt/träffat läkare under det senaste året, och hur många gånger i så fall. Deltagarna tillfrågades även om de besökt sjuksköterska eller annan vårdpersonal under det senaste året och hur många gånger under det senaste året. Antalet besök delades in i 0 besök, 1, besök, 2, besök, 3-6 besök och 7 eller fler besök.

Beskrivning av bakgrundsvariabler

I studien har vissa av variablerna omformulerats. Utbildning delades in i grundskolenivå (folkskola, grundskola, folkhögskola och realexamen/flickskola), gymnasium (gymnasium och studentexamen) och högre utbildning (högskola, högskoleexamen och doktorsexamen).

Motion baserades på det senaste året och delades in i aldrig till sällan eller ofta. Aldrig till sällan var att personen motionerade mindre än en gång per vecka, och ofta var motion som utfördes mer än 1 gång i veckan. Civilstånd delades in i att ha partner eller inte partner, i partner inkluderades gift, särbo, fästmö eller fästman. Variabeln barn innefattade endast biologiska barn. Boendeverabeln delades in i bor tillsammans med någon, bor ensam eller bor på institution. Bor på institution innebar att vara inlagd på sjukhem/äldreboende eller på vårdavdelning. Variabeln rökning grupperades i tre grupper; aldrig rökt, tidigare rökt och röker. Systoliskt, diastoliskt blodtryck och BMI inkluderades även. Frågan om deltagaren haft stroke baserades på slutenvårdsregistret. Demensdiagnos bedömdes av läkare baserat på uppgifter från den psykiatriska intervjun, anhörigintervju och registerinformation.

Etik

Etiska Prövningsenheten har godkänt H70-studien. Innan undersökningarna fick alla deltagare skriva på ett skriftligt samtycke var de oförmögna att själva skriva på ordnades ett samråd från en anhörig. Data från studien sparades enligt GDPR på Institutionen för Neurovetenskap och Fysiologi vid Göteborgs Universitet.

Statistiska analyser

Alla variabler i H70-databasen som var aktuella för studien sågs över. Vissa av variablerna omgrupperades för att göra dem hanterbara, exempelvis delades utbildningsvariabeln in i grundskole-, gymnasie- och högskolenivå. För att få fram uppgifterna till tabell 1 gjordes frekvenstabeller på samtliga bakgrundsvariabler. Dessa presenteras i Tabell 1 som antal (n), procent (%), medelvärde och standardavvikelse (SA).

Därefter gjordes korstabeller, där uppgifter för män, kvinnor och hela populationen gällande depression, kontakt med psykiatrisk vård, samtalsbehandlingar, antidepressiv behandling och kontakter med läkare, sjuksköterska och annan vårdpersonal presenterades (Tabell 2). För att undersöka förhållandet mellan depressionsdiagnos och antidepressiv behandling, gjordes korstabeller som inkluderade dessa två variabler (Tabell 3).

Slutligen gjordes korstabeller för att presentera antal läkarbesök och sjuksköterskebesök och annan vårdpersonal, för deltagare med och utan depression (Tabell 4). För alla analyser har SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 24 använts.

Resultat

Av de 1195 personer som deltog i studien var 556 män och 639 kvinnor, medelåldern var 70,5 år (Tabell 1). Ca 2/3 (71 %) hade partner, 62 % bodde tillsammans med någon och 86 % hade barn. Ungefär hälften av deltagarna hade någon form av högre utbildning (43 %). Ungefär hälften av deltagarna motionerade ofta. Medelvärdet för BMI var 26. Sjuttiosju personer hade

någon gång haft en stroke. Vid undersökningstillfället uppgav cirka 10 % av deltagarna att de var aktiva rökare. Få (33 personer) hade hjälp från hemtjänsten och 29 personer uppfyllde kriterierna för demenssjukdom.

Vid undersökningen uppfyllde 107 personer (9 %) kriterierna för depression enligt H70-studiens kriterier (Tabell 2). Det var 79 personer som uppfyllde kriterierna för mild till måttlig depression och 28 personer som uppfyllde kriterierna för svår depression. Enligt slutenvårdsregistret hade en person varit inlagd på slutenspsykiatrisk heldygnsvård och två personer hade haft kontakt med psykiatrisk öppenvård året innan H70-studien. Ingen av dessa tre personer uppfyllde kriterierna för depression vid aktuellt undersökningstillfälle. Av de personer som uppfyllde kriterierna för depression, hade 4 personer samtidig demens.

Vid undersökningstillfället uppgav 122 personer (10 %) att de medicinerade med antidepressiva läkemedel (Tabell 3). Av dessa uppfyllde 34 (32 %) personer kriterierna för någon form av depression. De resterande 88 (8 %) uppfyllde inte kriterierna för depression. Det var 73 (68 %) personer som uppfyllde kriterierna för depression men stod utan behandling (53 mild till måttlig depression, 20 svår depression).

Bland personer med depression och/eller antidepressiv läkemedelsbehandling samt de med endast läkemedelsbehandling utan depression (n=195) hade totalt 57 (29 %) personer någon gång i livet fått samtalsbehandling eller hade pågående samtalsbehandling. Av de 88 personer med antidepressiv läkemedelsbehandling, men ingen nuvarande depression, var det 63 (72 %) personer som aldrig fått samtal, 23 (26 %) personer som fått tidigare livet och 2 (2 %) personer som hade pågående samtalskontakt vid undersökningstillfället. Av de som hade depression men ingen läkemedelsbehandling (n=73) var det 18 (25 %) som tidigare fått samtal och en person som hade pågående kontakt. Av de personer som hade både depression och läkemedelsbehandling (n=34) var det 11 som fått tidigare samtalskontakt och 2 som hade pågående kontakt.

Av deltagarna med depression (n=107) hade 17 deltagare besökt läkare 1 gång det senaste året, 24 deltagare hade besökt 2 gånger, 42 deltagare hade besökt läkare 3-6 gånger och 10 deltagare hade besökt läkare 7 gånger eller mer (Tabell 4). Ungefär 8 % (n=12) av deltagarna med depression hade inte varit hos läkare någon gång senaste året. Det var vanligare att personer med depression haft läkarbesök 3-6 gånger det senaste året, än gruppen utan depression. Av de med antidepressiv läkemedelsbehandling var det 32 % som inte haft ett enda läkarbesök under det senaste året. Det fanns inget samband mellan besök hos sjuksköterska eller annan vårdpersonal och förekomst av depression eller antidepressiv läkemedelsbehandling.

Diskussion

Metoddiskussion

Deltagarna kommer från Göteborg med omnejd, vilket är en storstadsregion. Socioekonomisk status är högre i storstäder och många av deltagarna är högutbildade vilket kan påverka prevalensen för depression. Tillgängligheten för vård, både vårdcentral men även specialistvård, kan vara mer lättillgänglig i en storstad än landsbygd. Detta kan ha påverkat studiens resultat genom att fler kan ha erhållit psykiatrisk vård och samtalsbehandling.

Personer med språksvårigheter som inte kunde svara på formulären exkluderades från studien redan från början. Detta medför att resultatet sannolikt inte helt representerar olika kulturer och den mångfald som finns bland populationen.

H70-studien har pågått under lång tid, sedan 1971, och en mängd vetenskapliga artiklar har publicerats från detta material, vilket tyder på hög kvalitet då det är jämförbart med andra stora populationsstudier. Svarsfrekvensen i denna studie var 72 %, vilket är relativt högt i ett internationellt perspektiv. Det representativa urvalet bidrar till att resultatet har hög generaliserbarhet. Studien har slumpmässigt urval (systematiskt urval) vilket minskar risken för bias, det vill säga att risken för ett snedvridet resultat (Polit & Beck, 2017). Populationsstudier ger en sannare bild av verkligheten då personer som inte annars skulle ha sökt vård själva deltar. Personer som inte tidigare sökt vård finns inte heller med i några kvalitetsregister som man använder sig av i forskning.

Psykiatrim Formuläret är uppbyggt efter validerade mätinstrument som används vid psykisk ohälsa (ex MADRS, MINI och CPRS). Kriterierna för depression utgår från deltagarnas svar i formulären och kan därför inte ses som helt tillförlitliga. Formulären är uppbyggda på sådant sätt att det inte ska lämnas utrymme för tolkningar från intervjuarens sida. Formulärens kriterier har praktiskt taget sett likadana ut sedan studien startade, vilket ger en större möjlighet för jämförelser och hög reabilitet då studien går att upprepa igen. Antal läkarbesök samt sjuksköterskebesök/annan vårdpersonal har delats in i grupper som ansetts lämpliga.

Informationen gällande samtal kommer endast från de deltagare som uppfyller kriterierna enligt H70-studien för depression eller med antidepressivbehandling. I samtal ingår behandlingssamtal såsom KBT (Kognitiv Beteende Terapi), psykoterapi, krissamtal och stödjande samtal. Huruvida de andra deltagarna fått samtalskontakt är oklart, anledningen till det begränsade antalet deltagarjournaler som lästes igenom beror på tiden för uppsatsen. Uppgifterna om samtal kommer från deltagarna själva och svaret kan därför bero på hur intervjuaren ställt den öppna frågan samt hur den är antecknad i psykiatrim Formuläret i deltagarjournalen. Deltagarna kan själva valt att inte berätta om sin psykiska ohälsa. Då formulären gått genom har det inte alltid framgått om deltagarna fått samtalskontakt eller om den var pågående. De journaler där det funnits tveksamheter har inte tagits med i

resultatet. Det finns risk att personer som lider av svår depression inte har deltagit i studien.

Personer med demens är inkluderade i studien vilket kan ha påverkat svaren som baseras på deltagarens uppgifter. Kognitiv nedsättning kan påminna om depression. Personerna kan ha svårt att minnas både tidigare och aktuella behandlingar.

Även om det är många deltagare i studien, så är några av undergrupperna relativt små (ex besök hos läkare) vilket kan leda till att det blir lägre statistisk styrka i vissa av analyserna.

Användandet av antidepressiva läkemedel var vanligare hos kvinnor vilket kan ha flera förklaringar, där en förklaring kan vara att det var fler kvinnor än män som deltog i studien, men även att det är en högre prevalens av depression hos kvinnor.

Kriterierna för depression enligt H70-studien baserades på personens symtom under den senaste månaden samt senaste två veckorna, före undersökningen. Det kan exempelvis innebära att medicinering har satts in nyligen och inte hunnit få effekt än, detta då de läkemedel som angavs var dagsaktuella och kan ha blivit insatta så sent som dagen innan eller samma dag. Deltagaren uppgav själv vilka läkemedel som togs, det var inget som kontrollerades mot apoteksregister. Detta ger en risk för att läkemedel missas eller att fel läkemedel/dos anges.

Resultatdiskussion

Vård och behandling av depression

Av de deltagare som medicinerade med antidepressiva läkemedel var det personer som fortfarande uppfyllde kriterierna för depression. En orsak till detta kan vara att deltagarna nyligen satts in på läkemedel och att behandlingen ännu inte börjat fungera men det kan även bero på att deltagaren inte fått någon uppföljning hos läkare. Ungefär en tredjedel av de med behandling hade inte besökt läkare under senaste året. Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) har utvärderat läkemedelsbehandling vid depression hos äldre och kommit fram till att många äldre med depression inte blir hjälpta av enbart läkemedelsbehandling (SBU, 2015). Anledningarna till otillräcklig effekt kan vara flera. Många äldre med depression har använt samma medicinering i flera år utan att effekten av behandlingen har utvärderats (Socialstyrelsen, 2013b). Regelbundna läkemedelsgenomgångar är viktigt för att undvika såväl över- som underbehandling, och med ökande ålder ökar även känsligheten för läkemedel vilket kan medföra en ökad risk för biverkningar (Socialstyrelsen, 2013b).

Det var en större grupp som angav att de använde antidepressiv medicinering, men som inte uppfyllde kriterierna för depression vid undersökningstillfället. Det kan innebära att medicineringen har god effekt. Det är ungefär 1/3 av äldre med depression som blir behandlade med antidepressiva som uppnår remission (Wilson, Motram, Sivananthan & Nightingale, 2001). Det kan även bero på att många patienter står kvar på samma läkemedel i

flera år utan uppföljning. Flera av de med behandling hade inte besökt läkare under senaste året.

Studien visar att många deltagare uppfyllde H70-studiens kriterier för depression utan att ha behandling med antidepressiva läkemedel. Vi vet dock inte om de sökt vård för depression eller erbjudits någon form av behandling. Vi såg dock i vårt resultat en signifikant skillnad gällande att de med depression haft fler läkarbesök under det senaste året, än de utan depression. Tidigare studier har visat att symtomen ofta är diffusa och många äldre istället söker vård för somatiska besvär (Socialstyrelsen, 2018; Unützer, 2002). Det kan vara att läkare har misstolkat symtomen vilket kan leda till att många haft kontakt med vården utan att depressionen uppmärksammats. I H70-studien utfördes intervjuerna med hjälp av formulär baserade på CPRS, MINI och MADRS som är validerade mätinstrument. Intervjuerna utfördes av sjuksköterskor med psykiatrisk kompetens vilket gör att de fyllts i på ett på korrekt sätt. Detta kan vara en anledning till att depressionssymtomen har uppmärksammats under intervjuerna. Både i kommunal sjukvård och primärvård är det brist på psykiatrisk kompetens med få eller inga specialistutbildade läkare och sjuksköterskor i psykiatri (Socialstyrelsen 2019). Socialstyrelsen visar att det mellan åren 2010 och 2015 skett en minskning i antalet psykiatrisjuksköterskor inom vården. Sjuksköterskor inom primärvården träffar oftast patienterna mer frekvent än läkaren och har kan därför ha större möjligheter att uppmärksamma psykisk ohälsa hos patienten (Socialstyrelsen, 2013c). Studier visar att av de äldre personer som tagit sitt liv, har minst 70 % sökt sjukvård en månad innan dödsfallet (Socialstyrelsen, 2013). Detta visar hur viktigt det är att depression hos äldre uppmärksammas. (Socialstyrelsen, 2017). Resultatet visar att ungefär var tionde deltagare med depression enligt H70-studiens kriterier inte besökt läkare någon gång under det senaste året. Andra studier har visat att en orsak till detta kan var negativ erfarenhet av tidigare besök (Djukanovic, Sorjonen & Peterson 2014). Resultatet visar att det är få som senaste året haft kontakt med specialistpsykiatri.

Samtal som behandling

Mycket få av de med depression och/eller läkemedelsbehandling hade pågående samtalskontakt. En liknande populationsstudie, från Stockholm (Karlsson et al., 2016), visar på liknande resultat där mindre än 1 % av deltagarna fått samtalsbehandling. Det är många som föredrar annan behandling än läkemedel (Unützer et al., 2003). Effekterna av psykoterapi som problemlösningsterapi (PT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT) är jämförbara med effekterna av antidepressiva mediciner (Kok & Reynolds 2017). Socialstyrelsen har ändrat sina riktlinjer vid behandling av depression till att samtalsbehandling är förstahandsalternativet vid behandling av mild till måttlig depression eftersom många inte blir hjälpta av enbart läkemedel. Många studier visar att tillgängligheten till andra behandlingsalternativ än läkemedel för äldre är näst intill obefintlig (Unützer et al., 2003) Det finns fler fördelar med samtal då man sett att psykoedukation är viktigt då det ökar patientens förmåga till ett självständigt liv och bidrar ofta till bättre följsamhet till medicinering och förbättrad sjukdomsinsikt (Hätönen, Kuosmanen, Malkavaara & Välimäki,

2008). Många psykiatrisjuksköterskor har grundläggande (steg 1) eller avancerad (steg 2) psykoterapiutbildning.

Sjuksköterskans roll

Psykisk ohälsa hos äldre innebär inte bara ett stort lidande för personen utan innebär även en stor ekonomisk utmaning för samhället. Det är därför viktigt att få mer kunskap om psykisk ohälsa hos äldre för att kunna förebygga, uppmärksamma och ge adekvat vård och behandling. Psykiatrisjuksköterskan har en viktig roll i detta arbete och sjuksköterskans kompetens behövs inom många olika vårdinstanser. Det som kom fram i H70-studien var att fler deltagares psykiska ohälsa uppmärksammades då de fick träffa sjuksköterskor med psykiatrisk kompetens.

I Socialstyrelsens (2013) information om att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa föreslås förslag på förbättringsarbeten för att öka kompetensen inom primärvården. Här föreslås att det kan vara en sjuksköterska som arbetar som samordnare och som ger stöd och vård till patienter med depression. I rollen kan även ingå att hålla i utbildningar för andra personalkategorier (Socialstyrelsen, 2013). Primärvården behöver förstärkt kompetens när det gäller att erbjuda vårdprogram utöver läkemedel eller psykologisk behandling, exempelvis träning och patientutbildning i grupp (Socialstyrelsen 2013).

Psykiatrisk omvårdnad har som utgångspunkt att alla människor har förmåga och möjligheter att växa och ska leda till att patienten kan utvecklas och nå mål i livet (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Det är vanligt att patienter med psykisk ohälsa lever i ett socialt utanförskap och det är därför viktigt att stärka patienten för att kunna leva ett meningsfullt liv i samhället (Smith & Williams, 2016). Det finns flera psykosociala interventioner som har god effekt (Forsman, Nordmyr & Wahlbäck, 2011).

Beteendeaktivering är en metod som är effektiv vid behandling av depression som syftar till att höja aktivitetsnivån och minska undvikande beteenden. Beteendeaktivering är en vårdhandling som kan utföras av psykiatrisjuksköterskan (Salberg et al., 2018). Den psykiatriska omvårdnaden ska bidra till att patienten kan utveckla strategier och kunna hantera sin sjukdom och känslor av meningslöshet (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Konklusion

Depression hos äldre är vanligt förekommande och förväntas öka de kommande åren, vilket kan medföra en stor utmaning för vården. Gruppen äldre med depression hade fler besök hos läkare än de utan depression. Läkemedelsbehandling hos äldre med depression är vanligt men många gånger otillräckligt, och en stor del av de som behandlas med antidepressiv medicinering hade inte fått uppföljning det senaste året. Det är få äldre som får behandling med samtal trots att detta rekommenderas, och få vårdas inom specialistpsykiatri. Psykiatrisjuksköterskans kompetens spelar en viktig roll i bedömning och behandling av

depression hos äldre.

Kliniska implikationer

När läkare eller sjuksköterskor träffar äldre personer som söker vård för somatiska besvär, måste vi våga fråga om depression och psykisk ohälsa. Behandlingen ska ges på rätt vårdnivå och rätt behandling ska sättas in, följas upp och utvärderas kontinuerligt för att se effekten. Information och utbildning ska ges till den äldre för att öka kunskapen om sjukdomen och den vård och behandling som finns. Detta kan bidra till att den äldre får en bättre följsamhet till behandlingen och en tilltro till vården.

Referenslista

- Ahmedani, B.K., Simon, G.E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B.E., Rossom, R.,... Solberg, L.I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870–877. doi: 10.1007/s11606-014-2767-3.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 89–95. doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1176/ajp.157.1.89
- Cahill, J., Paley, G., & Hardy, G. (2013). What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 782-791. doi: 10.1111/jpm.12015
- Cattell H. (2000). Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 102–8.
- Crestani, C., Masotti, V., Corradi, N., Schirippa, M.L., & Cecchi, R. (2019). Suicide in the elderly: a 37- years retrospective study. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90(1), 68-76. doi: 10.23750/abm.v90i1.6312
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 325-331. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00301.x
- Djukanovic, I., Sorjonen, K., & Peterson, U. (2014). Association between depressive symptoms and age sex loneliness and treatment among older people in Sweden. *Ageing & mental health*, 19(6), 560-568. doi: 10.1080/13607863.2014.962001
- Drapeau, C.W., & McIntosh, J.L., & for the American Association of Suicidology. (2015). U.S.A. suicide 2013: Official final data. Retrieved from <http://www.suicidology.org>
- Duberstein, P.R., Pålsson, S.P., Waern, M., & Skoog, I. (2008). Personality and risk for depression in a birth cohort of 70-year-olds followed for 15 years. *Psychological medicine*, 38(5), 663-71. doi: 10.1017/S0033291707002620.
- FASS <https://www.fass.se/LIF/startpage> hämtad 2019-09-14
- Fiske, A., Wetherell, J.L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–89. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.

- Forsman, A.K., Nordmyr, J., & Wahlbäck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health promotion international*, 1, 85-107. doi: 10.1093/heapro/dar074.
- Fässberg, M.M., van Orden, K.A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., ... Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International journal of environmental research and public health*, 9(3), 722-745. doi:10.3390/ijerph9030722.
- Fässberg, M.M., Vanaelst, B., Jonson, M., Sterner, TR., Ahlner, F., Wetterberg, H., ... Waern, M. (2019). Epidemiology of suicidal feelings in an ageing Swedish population: From old to very old age in the Gothenburg H70 Birth Cohort Studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-14. doi.org/10.1017/S2045796019000143
- Fässberg, M., Cheung, G., Canetto, S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., ... Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166-194. doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945
- Holmquist, S., Mattsson, S., Schele, I., Nordström, P., & Nordström, A. (2017). Low physical activity as a key differentiating factor in the potential high risk profile for depressive symptoms in older adults. *Depression and anxiety*, 34(9), 817-825. doi: 10.1002/da.22638.
- Holoday Worret P. (2008) Principles of psychiatric nursing: theory and practice. In: *Psychiatric Mental Health Nursing* (eds Fortinash, K.M. & Holoday Worret, P.A.), pp. 2–19. Mosby Elsevier, St. Louis MO.
- Huang, A., Delucchi, K., Dunn, L., & Nelson, J. (2015). A Systematic Review and Meta-analysis of Psychotherapy for Late-Life Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 261-273. doi: 10.1016/j.jagp.2014.04.003
- Hätönen, H., Kuosmanen, L., Malkavaara, H., & Välimäki, M. (2008). Mental health: Patients' experiences of patient education during inpatient care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 752-762. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02049.x
- Karlsson, B., Johnell, K., Sigström, R., Sjöberg, L., & Fratiglioni, L. (2016). Depression and Depression Treatment in a Population-Based Study of Individuals Over 60 Years Old Without Dementia. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry : Official Journal Of The American Association For Geriatric Psychiatry*, 24(8), 615-23. doi: 10.1016/j.jagp.2016.03.009
- Kok, R.M., Nolen, W.A., & Heeren, T.J., (2012). Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *Journal of affective disorder*, 141(2-3), 103-15. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.036.
- Kok, R.M., & Reynolds, C.F. (2017). Management of depression in older adults: A review.

- JAMA*, 317(20), 2114-2122. doi: 10.1001/jama.2017.5706.
- Leyhe, T., Reynolds, C.F., Melcher, T., Linnemann, C., Klöppel, S., Blennow, ... Hampel, H. (2017). A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. *Alzheimer's and dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 13(1), 59-71. doi: 10.1016/j.jalz.2016.08.007.
- Meeks, T.W., Vahia, I.V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D.V. (2011). A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 126-142. doi:10.1016/j.jad.2010.09.015
- Polit, D & Beck, C. (2017) Tenth edition. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., & Mann, A.H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27(2), 323-332. doi:10.1017/s0033291796004485
- Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening. (2014). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård. Hämtad 2019-05-06, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>
- Rydberg Sterner, T., Ahlner, F., Blennow, K., Dahlin-Ivanoff, S., Falk, H., Havstam Johansson, L., ... & Skoog, I. (2019). The Gothenburg H70 Birth cohort study 2014-16: design, methods and study population. *European Journal of Epidemiology* 34, 191-209. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0459-8>
- Salberg, J., Folke, F., Ekselius, L., & Öster, C. (2018). Nursing staff-led behavioural group intervention in psychiatric in-patient care: Patient and staff experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1401-1410. doi:10.1111/inm.12439
- SBU (2015). Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering 2015.
- Schröder, A., Ahlstrom, G., & Larsson, B.W. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 93-102. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x
- Sexton, C.E., Mackay, C.E., & Ebmeier, K.P. (2013). A systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies in late-life depression *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 184-195. doi:10.1016/j.jagp.2012.10.019
- Shah, A., Bhat, R., Zarate-Escudero, S., DeLeo, D., & Erlangsen, A. (2015). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: The international landscape. *Aging &*

- Mental Health*, 20(2), 131-138. doi: 10.1080/13607863.2015.1055552.
- Sigström, R., Waern, M., Gudmundsson, P., Skoog, I., & Östling, S. (2018) Depressive spectrum states in a population-based cohort of 70-year olds followed over 9 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(8), 1028– 1037. doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/gps.4888
- Silfvernagel, K., Westlinder, A., Andersson, S., Bergman, K., Diaz Hernandez, R., Fallhagen, L., . . . Andersson, G. (2018). Individually tailored internet-based cognitive behaviour therapy for older adults with anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 286-300. doi:10.1080/16506073.2017.1388276
- Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A.R., Skoog, I., Fratiglioni, L., & Wang, H.X. (2017). Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders*, 221, 123-131. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.011
- Skoog, I. (2011). Psychiatric Disorders in the Elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7), 387-397. doi.org/10.1177/070674371105600702
- Smith, G. P., & Williams, T. M. (2016). From providing a service to being of service: Advances in person-centred care in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 292-297. doi:10.1097/YCO.0000000000000264
- Socialstyrelsen. (2013). *Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa*. Hämtad 2019-09-10 från, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/vagledning-ansvariga.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen.(2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*. Hämtad 2019-05-29 från, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2018-9-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport*. Hämtad 2019-05-29 från, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-18.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013b). *Det är inte alltid som man tror – vägledning till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom primärvården*. Hämtad 2019-09-01, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/vagledning-primarvard.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013c). *Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*. Hämtad

- 2019-09-01, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/vagledning-socialtjanst.pdf>
- Svenskt demenscentrum. (2019). *Kognitiv medicin bör bli en ny läkarspecialitet*. Hämtad 2019-06-25, från <http://www.demenscentrum.se/Nyheter/specialist/>
- Svedberg, P., Arvidsson, B., Svensson, B., & Hansson, L. (2008). Psychometric characteristics of a self-report questionnaire (HPIQ) focusing on health promotion interventions in mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 171–179. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00527.x
- Sözeri-Varma G. (2014). Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging and Disease*, 3(6), 465–471.
- Tsang, R.S., Mather, K.A., Sachdev, P.S., & Reppermund, S. (2017). Systematic review and meta-analysis of genetic studies of late-life depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 75, 129–139. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.01.028
- Unützer, J. (2002). Diagnosis and treatment of older adults in primary care. *Biological Psychiatry*, 52(3), 285-292. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01338-0
- Unützer, J. , Katon, W. , Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E. , Harpole, L.,... Oishi, S. (2003). Depression Treatment in a Sample of 1,801 Depressed Older Adults in Primary Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 505-514. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51159.x
- Van Damme, A., Declercq, T., Lemey, L., Tandt, H., & Petrovic, M. (2018). Late- life depression: issues for the general practitioner. *International journal of general medicine*, 11, 113-120. doi:10.2147/IJGM.S154876
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 339-353. doi:10.1016/j.arr.2012.09.004
- Vårdförbundet. (2017). Personcentrerad läkemedelsbehandling. Hämtad 2019-09-28, från <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-battre/saker-varld/personcentrerad-lakemedelsbehandling/>
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*, 49(5), 328-334. doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1159/000071715
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Köhler, L., Jessen, F., Maier, W., Fuchs, A.,...Bickel, H.(2008). German AgeCoDe Study group (German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients) Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of Affective Disorders*, 111(2–3), 153–163. doi:10.1016/j.jad.2008.02.008
- Williams J.W.Jr., Barrett, J OxmanT., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M.,...Sengupta, A

Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized controlled trial in older adults. *JAMA*, 284 (12), 1519-1526.
doi:10.1001/jama.284.12.1519

Wilson, K., Mottram, P. G., Sivananthan, A., & Nightingale, A. (2001). Antidepressants versus placebo for the depressed elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi:10.1002/14651858.CD000561

WHO. (2011). *Global Health and Aging* NIA Publication no. 11-7737.

World Health Organization (2014) Preventing Suicide: A Global Imperative. Luxembourg: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Bilagor: Tabell 1-4

Tabell 1 Beskrivning av studiepopulationen (n=1195)

	N/Mean	%/SD
Kön		
Män	556	46
Kvinnor	639	54
Utbildning ^a		
Grundskolenivå	429	37
Gymnasium	240	20
Högre utbildning	500	43
Civilstånd ^b		
Partner	836	71
Inte partner	337	29
Annat	4	<1
Har barn ^c	1105	86
Boende ^d		
Bor på institution	25	2
Bor ensam	432	36
Bor tillsammans med någon	748	62
Har hemtjänst ^e	33	3
Stroke ^f	77	7
Motionerar-hur ofta ^g		
Aldrig-sällan	535	46
Ofta	622	54
Rökning ^h		
Aldrig rökt	450	38
Tidigare rökt	622	52
Röker	112	10
Demens ⁱ	29	2
Blodtryck ^j		
Systoliskt blodtryck	139,6	19,1
Diastoliskt blodtryck	79,3	9,9
Body mass index ^k	26,1	4,5

Bortfall i variabler: ^aUtbildning (n=26), ^bCivilstånd (n=18), ^cBarn (n=27), ^dBoende (n=26), ^eHemtjänst (n=13), ^fStroke (n=33), ^gMotion (n=38), ^hRökning (n=11), ⁱDemens (n=29), ^jBlodtryck (n=15), ^kBody mas index (n=42).

Tabell 2 Förekomst, vård och behandling av depression

	Kvinnor n=639 n (%)	Män n=556 n (%)	Totalt n=1195 n (%)
Depression	70 (11)	37 (7)	107 (9)
Mild-måttlig depression	50 (8)	29 (5)	79 (7)
Svår depression	20 (3)	8 (1)	28 (2)
Antidepressiv läkemedelsbehandling ^a	86 (13)	36 (6)	122 (10)
Kontakt inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård ^b	1 (<1)	2 (<1)	3 (<1)
Tidigare psykoterapi-Samtalsbehandling ^c	40 (6)	12 (2)	52 (4)
Pågående psykoterapi-Samtalsbehandling ^d	5 (<1)	0 (0)	5 (<1)
Kontakter med läkare under senaste året ^e			
0 tillfällen	75 (12)	83 (15)	158 (13)
1	161 (25)	158 (28)	319 (27)
2	157 (25)	105 (19)	262 (22)
6	184 (29)	163 (29)	347 (29)
≥7 tillfällen	49 (8)	40 (7)	89 (7)
Kontakter med sjuksköterska ^f under senaste året ^g			
0 tillfällen	250 (39)	210 (38)	460 (38)
1	151 (24)	123 (22)	274 (23)
2	75 (12)	66 (12)	141 (12)
6	103 (16)	91 (16)	194 (16)
≥7 tillfällen	41 (6)	51 (9)	92 (8)

^aDagsaktuellt. 88 personer utan tecken på depression hade behandling. Bortfall = 1

^bÅret innan H70. En person hade varit inlagd inom psykiatrisk öppenvård medan 2 personer hade haft kontakt med psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

^cTidigare psykoterapi-samtalsbehandling, endast undersökt hos de med kriterier enligt H70-studien (107 personer) samt de med antidepressiv behandling (88 personer)

^dPågående psykoterapi-samtalsbehandling, endast undersökt hos de med kriterier enligt H70-studien (107 personer) samt de med antidepressiv behandling (88 personer)

^esenaste året, n = 1175, bortfall = 21

^fSjuksköterska eller annan vårdpersonal

^gn=1161, bortfall = 34

Tabell 3 Läkemedelsbehandling depression/ej depression

	^a Depression (n=107)	Ej depression (n=1087)
Antidepressiv behandling (n=122)	34 (32 %)	88 (8 %)
Ej antidepressiv behandling (n=1072)	73 (68 %)	999 (92 %)

^a Depression enligt H70-studien
n=1194 Bortfall = 1

Tabell 4 Kontakt med läkare eller sjuksköterska under senaste året

	Depression (n=107)	Ej depression (n=1087)
Kontakter med läkare ^a		
0 tillfällen (n=158)	12 (8 %)	146 (92 %)
1 tillfälle (n=319)	17 (5 %)	302 (95 %)
2 tillfällen (n=262)	24 (9 %)	238 (91 %)
6 tillfällen (n=347)	43 (12 %)	304 (88 %)
≥7 tillfällen (n=89)	10 (11 %)	79 (89 %)
Kontakter med sjuksköterska ^{b c}		
0 tillfällen (n=460)	37 (8%)	423 (92%)
1 tillfälle (n=274)	21 (8 %)	253 (92 %)
2 tillfällen (n=141)	17 (12 %)	124 (88 %)
6 tillfällen (n=194)	27 (14 %)	167 (86 %)
≥ 7 tillfällen (n=92)	2 (2 %)	90 (98 %)

^an = 1175^b Sjuksköterska eller annat^cn =1161. Bortfall = 34